

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Amar Telidji – Laghouat
Faculté de Médecine



Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine

**L'incidence des traumatismes occasionnés par coups et blessures
volontaires dans la wilaya de Laghouat**

Présenté et soutenu publiquement le 06 Juillet 2023

Réalisé par :

Benguit Loubna

Bessis Romissa

Encadré par :

Docteur Oualid Mohamed

Professeur Benyagoub Massinissa

Membres de jury :

Présidente : Docteur Hammache.M

Examineur : Professeur Benazzouz

Année universitaire : 2022/2023

Dédicaces :

Je dédie ce travail

A ma précieuse et ma chère maman Fatima pour tous ses sacrifices, son amour, sa tendresse, son soutien et ses prières tout au long de mes études.

A mon cher papa qui a fait tout pour me voir réussir et qui était toujours mon meilleur ami

À mon frère Sofiane celui que je pourrais appeler père, qui avec sa présence je gagne une force et un amour sans limite. Merci pour tout.

A ma chère petite sœur Khadidja, notre futur médecin légiste

A mon petit frère Sohaieb pour son appui et son encouragement.

A ma chère sœur Nour El Houda, merci pour tous les conseils, aides, et encouragements.

A mon petit prince Anouss que dieu le protège.

A mon cher binôme et ma sœur Romaïssa et à toute sa famille.

A toute ma famille. A ceux qui me sont chers et proches.

A tous ceux que j'aime et qui m'aiment et a tous mes amis.

***D**édicaces*

*C'est grâce à **D**ieu, le tout puissant qui m'a donné la santé, le courage et la volonté pour achever ce modeste travail que je dédie :*

À mes très chers parents, pour l'amour qu'ils m'ont toujours donné, leur encouragement et toute l'aide qu'ils m'ont apportée durant mes études. Aucun mot, aucune dédicace ne pourrait exprimer mon respect, ma considération, et mon amour pour les sacrifices qu'ils ont consentis pour mon instruction et mon bien-être.

*Trouvez ici, chère mère et cher père, dans ce modeste travail, le fruit de tant de dévouements et de sacrifices ainsi que l'expression de ma gratitude et de mon profond amour. **P**uisse **D**ieu vous accorder la santé, le bonheur, prospérité et longue vie, que je puisse un jour vous donner au moins le minimum de ça, car quoi que je fasse, je ne pourrais jamais vous le rendre tout.*

*À mes sœurs adorée **G**huzeil et **K**haira*

*À mon cher frère **O**ussama*

***P**our leur permanente présence à mes côtés, pour leur encouragement et leur soutien, qu'ils trouvent ici l'expression de ma grande gratitude, et je leur souhaite tout le bonheur et la réussite dans leur vie*

*À mon binôme et mon amie **L**oubna et sa famille,*

***P**our son entente et sa sympathie et sa compréhension tout au long de ce travail, je vous prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et mon profond respect.*

*À ma précieuse amie depuis l'enfance **W**issem*

***L**es mots ne sont pas suffisants pour te décrire comme tu le mérites. **T**on aide et ton support dans tous les moments les plus heureux, comme les plus difficiles. **J**e suis très heureuse de t'avoir dans ma vie.*

*À mes chères copines **N**afissa et **I**mane*

En souvenir de nos éclats de rire et des bons moments, en souvenir de tout ce qu'on a vécu ensemble, j'espère de tout mon cœur que notre amitié durera éternellement.

*À tous mes amis que j'ai involontairement oublié de citer et qui n'en demeurent pas moins cher. Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce travail soit possible **J**e vous dis merci.*

*...**R**oumaissa*

Remerciements :

Le grand remerciement à notre dieu créateur qui nous a aidé en nous donnant la force et le courage durant ce travail.

- ❖ Je tiens à exprimer mon respect aux membres du jury. Je souhaite en premier lieu à montrer toute ma gratitude à mes encadrants, Pr Benyagoub professeur à l'université de Amar Telidji Laghouat et à Dr Oualid Maitre-assistant à l'université de Amar Telidji Laghouat ; J'ai pu bénéficier de votre encadrement et apprécier vos qualités scientifiques et humaines. Merci pour la bonne démarche que vous m'avez offert pendant la réalisation de ce mémoire, vos précieux conseils, votre orientation et surtout votre patience.
- ❖ Je tiens également à remercier Dr Hammache, Maitre-assistante à l'université de Amar Telidji Laghouat, vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. J'ai pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Veuillez accepter, Docteur, mes sincères remerciements et mon profond respect.
- ❖ Mes remerciements s'orientent ensuite vers Professeur Benazouz, qui m'a fait l'honneur d'avoir accepté examiner et juger ce travail. J'ai eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant mes années d'étude. Veuillez cher professeur trouver dans ce travail le témoignage de ma gratitude et mon profond respect.

Mes remerciements vont également à tous mes Docteurs et Professeurs et à tout le groupe pédagogique.

Merci

TABLE DES MATIÈRES :

- Liste des abréviations
- Liste des figures
- Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Liste des abréviations | 8 |
| I. Introduction | 12 |
| II. PROBLÉMATIQUE | 15 |
| III. PARTIE THÉORIQUE | 18 |
| 1. Définitions | 18 |
| 1.1. Définition du traumatisme..... | 18 |
| 1.2. Définition du violence ou coup et blessure volontaire | 18 |
| 2. Types de coups et blessures volontaires :[5] | 18 |
| 3. Facteurs de risques..... | 18 |
| 3.1. Facteurs polyptiques :[1] | 19 |
| 3.2. Facteurs économiques..... | 19 |
| 3.3. Facteurs démographiques | 19 |
| 4. Conséquences médicales des traumatismes | 19 |
| 4.1. Les conséquences médicales immédiates..... | 19 |
| 4. Conséquences psychologiques | 19 |
| 4.1.1. Trouble de stress post-traumatique | 19 |
| 4.1.2. Trouble de stress aigue | 20 |
| 4.1.3. Les idéations suicidaires | 20 |
| 5. Les aspects médico-légaux | 20 |
| 5.1. Les objets vulnérants..... | 20 |
| 5.1.1. Les armes blanches..... | 20 |
| 5.2. Les types de blessures | 22 |
| 5.2.1. Les plaies | 22 |
| 5.2.2. Les contusions | 22 |
| 5.3. Rôle du médecin | 23 |
| 5.3.1. La réquisition | 23 |
| 5.3.2. Certificat médical pour CBV | 24 |
| 5.3.3. L'incapacité temporaire totale (ITT) ou partielle (ITP) | 25 |
| 5.4. L'expertise médico-légale..... | 25 |
| 5.5. Les séquelles..... | 26 |

| | | |
|--------|--|----|
| 6. | La prévention des CBV | 26 |
| 6.1. | Au niveau local..... | 26 |
| 6.2. | Au niveau national | 27 |
| 6.3. | Au niveau mondial | 27 |
| 7. | Aspects judiciaires | 28 |
| 7.1. | code pénale algérien :[12] | 28 |
| IV. | Partie pratique | 32 |
| 8. | 1. MATERIELS ET METHODES..... | 32 |
| 1.1 | Type d'étude..... | 32 |
| 1.2 | Période d'étude | 32 |
| 1.3. | Objectifs de l'étude | 32 |
| 1.3.1. | Objectif principal | 32 |
| 1.3.2. | Objectifs secondaires | 32 |
| 1.4 | Population d'étude | 32 |
| 1.5 | Taille d'échantillon :[13]..... | 32 |
| 1.6 | Critères de sélection | 33 |
| 1.6.1. | Critères d'inclusion | 33 |
| 1.6.2. | Critères d'exclusion | 33 |
| 1.7 | Recueil des données | 33 |
| 1.8 | Analyse des résultats | 33 |
| 9. | 2.RESULTATS | 36 |
| 2.1 | Résultats descriptifs..... | 36 |
| 2.2 | Les analyses inférentielles | 43 |
| 10. | 3. Discussion et commentaires | 48 |
| 3.1 | les caractéristiques socio-démographiques..... | 48 |
| 3.2 | les aspects cliniques des coups et blessures volontaires et les circonstances de survenue..... | 49 |
| 3.3. | Les conséquences de l'évènement violent | 52 |
| 3.4. | La prise en charge thérapeutique..... | 53 |
| 3.5. | Complications et séquelles | 54 |
| 3.6. | Evaluation médico-légale | 54 |
| 3.7 | le soutien psychologique et la répercussion psychique | 55 |
| 11. | Recommandations | 55 |
| 11. | Conclusion | 56 |

Liste des abréviations :

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMI : Certificat Médical Initial

CIVI : Commission D'organisation Des Victimes D'infraction

CB : Coups Et Blessures

CBV : Coups Et Blessures Volontaires

DMS : Diagnostic Et Statique Des Troubles Mentaux

ITP : Incapacité Temporaire Partielle

ITT : Incapacité Temporaire Totale

OMS : Organisation mondiale de la santé

TSA : Trouble De Stress Aigue

TSPT : Trouble De Stress Post-Traumatique

VVG : Violence Volontaire Grave

Tableaux des figures :

Figure 1: lien de causalité entre traumatisme grave et facteurs de risques46

Liste des tableaux :

| | |
|--|----|
| Tableau 1: Les caractéristiques générales de la population | 36 |
| Tableau 2 : Les caractéristiques anamnestiques de survenu des coups et blessures volontaires | 36 |
| Tableau 3: Les lésions élémentaires causées par l'agression..... | 38 |
| Tableau 4: la description des lésions selon la topographie..... | 39 |
| Tableau 5: Stabilité hémodynamique et évolution | 40 |
| Tableau 6 : Le bilan lésionnel et les modalités de PEC thérapeutique. | 41 |
| Tableau 7: Les valeurs de l'ITT et la gravité du traumatisme | 42 |
| Tableau 8 : la proposition du soutien psychologique, la soumission et les différents types de répercussion psychique | 43 |
| Tableau 9: L'ANALYSE INFERENTIELLE DES TRAUMATISMES GRAVES VS TRAUMATISMES NON GRAVES | 44 |

Introduction

I. Introduction :

Les traumatismes causés par coups et blessures volontaires constituent un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Ils engendrent une charge considérable sur les systèmes de santé, entraînent des conséquences physiques et psychologiques graves pour les victimes, et ont des répercussions significatives sur les plans social et économique.

Les professionnels de la santé jouent un rôle important en fournissant un soutien médical et psychologique aux victimes d'agression lors de la collecte de preuves.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son rapport mondial sur la violence et santé estime qu'en 2000, 1,6 million de personnes dans le monde sont mortes des suites de violences auto infligées, interpersonnelles ou collectives, ce qui donne un taux global ajusté selon l'âge de 28,8 pour 100 000 habitants [1]

En 2001, l'OMS estimait à un million par an le nombre de décès causés intentionnellement dans le monde. [2]

Dans le contexte mondial, les traumatismes sont une cause majeure de décès chez les personnes âgées de 1 à 44 ans [3].

Aux États-Unis, les blessures volontaires représentent une part significative des décès par traumatisme, dont une grande proportion est due à l'automutilation [2]. Les lésions traumatiques engendrent également un nombre considérable de consultations dans les services d'urgence et d'hospitalisations [3]

La prise en charge de patients traumatisés graves nécessite des centres spécialisés dans les traumatismes, appelés "trauma centers" [3].

Les traumatismes occasionnés par les coups et blessures volontaires sont une préoccupation majeure dans de nombreuses régions. En particulier, la wilaya de Laghouat située en Algérie est confrontée à un problème croissant d'incidents de violence intentionnelle causant des traumatismes graves.

La wilaya de Laghouat n'échappe pas à cette réalité. Il est donc essentiel d'évaluer l'incidence des traumatismes causés par coups et blessures volontaires dans cette région afin de mieux comprendre l'ampleur du phénomène, d'identifier les facteurs de risque associés et de formuler des recommandations pour une meilleure prise en charge.

Les traumatismes causés par coups et blessures volontaires sont définis comme toute violence physique infligée délibérément à une personne par une autre. Ils peuvent résulter de différentes situations, telles que des agressions, des violences domestiques, des bagarres, des actes de vandalisme, etc. Ces traumatismes peuvent causer des lésions allant des ecchymoses et des fractures aux traumatismes crâniens et aux blessures par arme blanche ou à feu.

L'incidence des traumatismes causés par coups et blessures volontaires dans la wilaya de Laghouat n'a pas encore été étudiée de manière approfondie. Il est donc nécessaire de mener une enquête rigoureuse pour évaluer la prévalence de ces traumatismes, analyser le profil des victimes et des agresseurs, examiner les caractéristiques des lésions traumatiques observées et identifier les facteurs de risque associés.

L'objectif de cette étude est donc de fournir des données épidémiologiques précises sur l'incidence des traumatismes causés par coups et blessures volontaires dans la wilaya de Laghouat, en mettant l'accent sur les aspects médicaux et légaux de ces traumatismes. L'étude permettra d'identifier les facteurs de risque et les caractéristiques spécifiques de ces traumatismes dans la région, ce qui sera essentiel pour élaborer des stratégies de prévention et de prise en charge appropriées.

L'étude de l'incidence des traumatismes causés par coups et blessures volontaires dans la wilaya de Laghouat revêt une importance cruciale pour mieux comprendre ce phénomène et développer des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées à la réalité locale.

En combinant les connaissances médicales et les principes de la médecine légale, cette étude vise à fournir une base solide pour l'amélioration des politiques de santé publique et la protection des droits des victimes de tels traumatismes.

Problématique

II. PROBLÉMATIQUE :

Les traumatismes occasionnés par coups et blessures volontaires (CBV) constituent un problème de santé publique préoccupant à l'échelle mondiale. Ces actes de violence peuvent entraîner des conséquences médicales, psychologiques et sociales significatives pour les individus touchés et pour la société dans son ensemble. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine, on se propose d'étudier spécifiquement l'incidence de ces traumatismes dans la wilaya de Laghouat, en Algérie.

La wilaya de Laghouat, située au cœur de l'Algérie, fait face à des défis importants en matière de santé et de sécurité publique. Il est donc essentiel d'approfondir nos connaissances sur l'incidence des traumatismes causés par coups et blessures volontaires dans cette région, afin de mettre en place des mesures préventives et d'intervention appropriées. En explorant les facteurs de risque, les conséquences médicales, les aspects juridiques et les implications sociétales de ces traumatismes, cette étude vise à contribuer à l'amélioration de la prise en charge des victimes et à la réduction de l'incidence de ces actes de violence.

La problématique de recherche aborde les questions clés que nous chercherons à résoudre au cours de cette étude. Les questionnements multiples nous aideront à explorer différents aspects de l'incidence des traumatismes occasionnés par coups et blessures volontaires dans la wilaya de Laghouat. Les questionnements suivants seront abordés :

- Quelle est l'incidence des traumatismes occasionnés par coups et blessures volontaires dans la wilaya de Laghouat ?
- Quels sont les chiffres de prévalence et d'occurrence de ces traumatismes dans la région ?
- Comment ces chiffres se comparent-ils à d'autres régions ou à des données nationales/internationales ?
- Quelles sont les variations de l'incidence en fonction de l'âge, du sexe et du contexte socio-économique ?
- Quels sont les facteurs de risque associés à l'incidence des traumatismes causés par coups et blessures volontaires ?
- Quels sont les profils des auteurs présumés de ces actes de violence ?
- Quelles sont les caractéristiques des victimes présumées ?
- Quels sont les facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui contribuent à ces traumatismes ?
- Quelles sont les conséquences médicales des traumatismes occasionnés par coups et blessures volontaires dans la wilaya de Laghouat ?
- Quelles sont les lésions physiques les plus courantes causées par ces traumatismes ?
- Quels sont les séquelles fonctionnelles et les complications médicales associées ?
- Quels sont les besoins en termes de prise en charge médicale et de réadaptation des victimes ?

- Quelles sont les implications juridiques et médico-légales de ces traumatismes dans la wilaya de Laghouat ?
- Quelles sont les dispositions légales pertinentes en matière de coups et blessures volontaires ?
- Quelles sont les procédures judiciaires en vigueur pour traiter ces cas ?
- Quels sont les défis spécifiques auxquels sont confrontées les autorités judiciaires et médicales dans la gestion de ces traumatismes ?

En répondant à ces questionnements multiples, cette étude permettra de mieux comprendre l'incidence des traumatismes occasionnés par coups et blessures volontaires dans la wilaya de Laghouat. Les résultats obtenus contribueront à l'élaboration de recommandations concrètes pour la prévention, la prise en charge médicale et la gestion juridique de ces traumatismes.

Partie théorique

III. PARTIE THÉORIQUE :

1. Définitions :

1.1. Définition du traumatisme :

L'OMS définit le traumatisme comme un « dommage physique subi par un corps humain lorsqu'il est brutalement soumis à des quantités d'énergie (mécanique, thermique, chimique, rayonnée) qui dépassent le seuil de tolérance physiologique ou privé d'un ou plusieurs éléments vitaux (oxygène, chaleur) .[3]

En ce qui concerne la classification des traumatismes, il existe plusieurs systèmes, mais l'un des plus utilisés est celui basé sur la gravité des lésions. On distingue généralement les traumatismes légers, modérés et graves, en fonction de la gravité des blessures et de leurs conséquences sur la santé de la victime (OMS 2002). Violence and injury prevention : A public health approach. [4]

1.2. Définition du violence ou coup et blessure volontaire :

Selon l'OMS, les coups et blessures volontaires se définissent comme « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations.[1]

2. Types de coups et blessures volontaires :[5]

Les CBV regroupent différentes formes d'agressions physiques infligées délibérément à autrui. Ils peuvent prendre diverses formes, allant des violences légères aux agressions graves mettant en jeu le pronostic vital de la victime.

Parmi les types courants de coups et blessures volontaires, on retrouve les coups de poing, les coups de pied, les strangulations, les brûlures causées par des substances corrosives, les blessures par arme blanche ou à feu...etc. La gravité de ces blessures dépend de nombreux facteurs tels que la force utilisée, la localisation des lésions et la vulnérabilité de la victime.

3. Facteurs de risques :

Si nous abordons le phénomène de la violence globalement, il semble que c'est ainsi types et formes de violences différentes partagent des facteurs de risque communs.

En même temps, une certaine forme de violence peut être un facteur est associé au début d'autres expériences violentes plus tard dans la vie. Par conséquent, les abus subis pendant l'enfance et l'adolescence, qui peuvent inclure la violence domestique, sont l'un des meilleurs prédicteurs de la violence subie et ultérieure dans les contextes familiaux et conjugaux.[6]

3.1. Facteurs polyptiques :[1]

- Absence de processus démocratique.
- Facteurs Accès inégal au pouvoir.

3.2. Facteurs économiques :

- Répartition extrêmement inégale des ressources ;
- Accès inégal aux ressources ;
- Le contrôle des principales ressources naturelles ;
- Le contrôle de la production et du commerce des stupéfiants

3.3. Facteurs démographiques :

- Changement démographique rapide

4. Conséquences médicales des traumatismes :

Les traumatismes occasionnés par coups et blessures volontaires peuvent avoir de graves conséquences médicales pour les victimes.

4.1. Les conséquences médicales immédiates :

Ces conséquences peuvent être immédiates, à court terme ou à long terme, et varient en fonction de la nature et de la gravité des lésions. Ils comprennent les fractures osseuses, les lésions cutanées, les traumatismes crâniens, les lésions viscérales, les hémorragies, etc. À court terme, les victimes peuvent souffrir de douleurs, de troubles du sommeil, d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique. À long terme, des séquelles fonctionnelles, esthétiques et psychologiques peuvent persister.

4. Conséquences psychologiques :

4.1.1. Trouble de stress post-traumatique :

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est défini dans le DSM5. Cette pathologie comprend une vingtaine de symptômes que l'on peut répartir en quatre catégories :

- Symptômes d'intrusion (réactivation de l'événement, rêves répétitifs...);
- Symptômes d'évitement.
- Symptômes de changement négatif des émotions et des affections (culpabilité, incapacité à ressentir des émotions positives...).

-Vigilance et réactivité altérées (irritabilité, hypervigilance, troubles du sommeil...).

Pour poser le diagnostic, il faut rechercher l'exposition à un évènement traumatique dans lequel "la personne affectée ou d'autres personnes ont été décédées ou étaient en danger de mourir ou d'être gravement blessées ou de voir leur intégrité menacée".

Les symptômes doivent se développer depuis plus d'un mois et interférer avec le fonctionnement social ou professionnel du patient.[7]

4.1.2. Trouble de stress aigu :

Selon le DSM-V, le trouble de stress aigu (TSA) présente les mêmes symptômes comme le TSPT mais commence 3 jours à 1 mois après le traumatisme. Le TSA peut être compliqué par un trouble de stress post-traumatique. Ce serait tellement plus souvent que la victime présentait initialement des symptômes dissociatifs[7]

4.1.3. Les idées suicidaires :

Dépendance aux substances psychoactives :

Les benzodiazépines doivent être évitées après un traumatisme car, en plus d'empêcher l'expression de l'expérience traumatique, il existe également un risque que les patients sont devenus dépendants de ces substances. Certaines victimes essaient de soulager leur anxiété avec d'autres substances psychoactives telles que l'alcool.[7]

5. Les aspects médico-légaux :

5.1. Les objets vulnérants :

5.1.1. Les armes blanches :

On a 3 catégories :

- ❖ Les instruments tranchants
- ❖ Les instruments piquants
- ❖ Les instruments contondants

5.1.1.1. Les instruments tranchants :

Ce sont des instruments qui provoquent des blessures ouvertes s'accompagnant en général d'hémorragie externe au niveau des tissus. On distingue parmi eux :

- Les armes blanches typiquement tranchantes : le couteau ;
- Les armes blanches à la fois tranchantes et contondantes : la machette ;
- Les armes blanches à la fois tranchantes et piquantes : le poignard ;

5.1.1.2. Les instruments piquants :[8]

Ce sont des instruments qui perforent le tissu avec leur extrémité pointue, plus étroite que large, et déterminent ainsi des plaies plus ou moins profondes.

On distingue essentiellement :

- Les instruments à tige cylindrique ou conique : l'aiguille
- Les instruments à tige triangulaire ou quadrangulaire (instruments à crêtes) : la baïonnette.
- Les instruments à la fois piquants et tranchants : l'épée.
- Les instruments perforants irréguliers : piques cassées.

Les instruments tranchants identifient les plaies qui ont un trou minimal mais ils sont très profonds. La taille de la plaie est plus petite que celle de l'instrument en raison de l'élasticité des téguments.

5.1.1.3. Les instruments contondants :

Ce sont des armes qui, en raison de leur masse et de leur vitesse, provoquent des blessures par un mécanisme contondant, dans lequel plusieurs facteurs peuvent intervenir : le poids de l'arme et celui de la victime, la force avec laquelle l'arme est utilisée, la zone de contact et résistance des tissus.[9]

5.1.1.4. Les armes naturelles :[9]

- ❖ Coup de tête.
- ❖ Coup de poing.
- ❖ Coup de genou.

Bord ulnaire de la main. Le corps contondant animé d'un mouvement vient de Frapper le sujet immobile : C'est une contusion active. Le corps du sujet en mouvement est projeté sur un corps contondant qui est immobile :

5.1.1.5. Les Armes à feu :

Caractères des plaies par arme à feu : Un projectile qui traverse un individu de part en part, provoque trois types d'impacts : [10]

- ❖ L'orifice d'entrée.
- ❖ Le trajet.
- ❖ L'orifice de sortie.

5.2. Les types de blessures :

5.2.1. Les plaies :

On distingue deux grandes catégories de plaies :

- **Plaies linéaires** : Elles sont plus longues que larges et de profondeur variable. Les bords de la plaie sont nets, réguliers et majoritairement droits, reflétant le mouvement induit par l'arme utilisée. [11]
- **Plaies contuses** : Ce sont des pertes de substance avec destruction des tissus. Les bords de la plaie sont irréguliers, déchirés. Outre ces deux catégories de plaies, on distingue également les érosions épidermiques simples. Cette érosion épidermique, qui est la marque la plus facile, résulte de l'abrasion de l'épiderme par frottement, déchirure ou pincement.

5.2.2. Les contusions

- **L'ecchymose** : il s'agit d'un épanchement de sang extravasé et coagulé qui vient infiltrer les tissus. Il s'agit de la blessure contondante la plus fondamentale et la plus importante, en raison de sa couleur permet de dater la violence initiale :
 - ❖ Rouge livide : 1er jour
 - ❖ Noire : 2ème jour
 - ❖ Violet bleu : 3ème jour
 - ❖ Verdâtre : 6ème- 7ème jour ;
 - ❖ Jaune : 12ème jour ;
 - ❖ Disparition vers le 17ème jour ;
 - ❖ Au 25ème jour : Disparition totale.
- **L'hématome** : Il s'agit d'une accumulation de sang qui se dépose dans le tissu conjonctif lâche. Elle peut être superficielle ou bien plus profonde.

- Fractures : qui sont causées par des contusions. Peut se retrouver dans tous les types de contusions. Elles résultent toutes deux de l'action d'instruments qui produisent une fracture directe comme chutes ou accidents qui sont à l'origine de fractures indirectes.
- **Les lésions des organes internes :**

Le mécanisme des lésions anatomiques des organes internes, leur localisation, leur Bien qu'il s'agisse d'une condition médicale, sa gravité varie considérablement et dépend des conditions et des circonstances affectant la victime.

Les lésions viscérales diverses concernent

- les organes de la cavité thoracique,
- les organes de la cavité abdomino-pelvienne,
- les lésions craniocérébrales,
- les ruptures vasculaires des gros vaisseaux etc.

Le pronostic est évidemment très variable.

5.3. Rôle du médecin :

Il revêt deux formes : la réquisition et l'expertise médico-légale :[10]

5.3.1. La réquisition :

Dans la recherche de la vérité, le pouvoir judiciaire doit rechercher certains indices. Cela peut nécessiter le recours aux services de certaines personnes (par exemple un médecin), pour cela l'exigence du médecin est justifiée. Cette exigence est ordonnée par un officier de police judiciaire (gendarmerie ou police), le procureur de la République ou le juge d'instruction. L'application est généralement faite dans les jours qui suivent les CBV.

La mission du médecin consiste à :

- Examiner la victime de coups et blessures
- Déterminer la nature des blessures
- Déterminer la durée de l'ITT

Cet examen médical demandé doit être effectué dans les jours qui suivent blessés. Pour le médecin, il s'agit d'un bilan descriptif des lésions traumatiques, parfois pour préciser les circonstances étiologiques (qui pourraient

(considérer le problème de l'état antérieur du patient) et déterminer la durée de l'ITT. Toutes ces informations sont reprises dans le premier certificat médical.

5.3.2. Certificat médical pour CBV :

Pour apporter la preuve d'une agression, la victime doit être présente certificats médicaux dont le libellé certifie le médecin généraliste ou spécialiste une fonction médico-légale particulière. Plusieurs personnes peuvent délivrent des certificats médicaux :

Par un médecin légiste et à défaut tout autre docteur en médecine

Le certificat doit être délivrée le même jour que le CBV ou au plus tard les jours qui le suivent. Toute personne blessée doit être en possession de ce certificat médical dès sa sortie du cabinet médical ou de l'hôpital.

La lettre doit être sur papier timbré. Le certificat doit être clair et lisible aussi complet que possible et doit être inclus.

- L'identité et la qualité du médecin signataire. Si le certificat a été créé dans un Le formulaire hospitalier anonyme n° requiert l'identité du médecin signataire ainsi que son éventuelle spécialité.
- L'identité, l'âge, l'adresse, les déclarations de la personne lésée et leurs éventuelles métier. Le médecin n'a pas à établir le caractère essentiel des circonstances causales blessures. Elle indiquera donc qu'elle rapportera les déclarations des blessés.
- La date, le lieu et l'heure de l'examen médical sont enregistrés.
- Une description complète des symptômes et des blessures observés l'examen.

Tout doit être noté avec soin, même si ce-la semble inoffensif. En cas de plaies, ecchymoses, hématomes, ecchymoses aussi que la taille, le nombre et l'emplacement de la lésion doivent être mentionnées. La notion de perte de connaissance est très importante.

Il faut en établir la durée et l'intensité (de la simple somnolence à la perte de connaissance profonde et persistante). Des épistaxis et des otorragies sont également évoquées. Les fractures sont décrites. Les interventions ou autres thérapies doivent être notées. Si une condition médicale antérieure est présente, il est important que cela soit indiqué dès le départ pour éviter des erreurs d'attribution ultérieures. Enfin, le certificat mentionne également la durée de l'incapacité temporaire totale (ITT).

Le certificat doit être remis personnellement en raison du secret médical des victimes et s'il s'agit d'une personne incapable, il doit être remis à son tuteur légal. Dans ces conditions, le patient est libre d'utiliser le certificat.

5.3.3. L'incapacité temporaire totale (ITT) ou partielle (ITP) :

Par incapacité temporaire, on entend la période commençant le jour de la CBV et se terminant le jour où la personne accidentée reprend le travail. Cette incapacité peut être totale (ITT) ou partielle (ITP). L'ITT est définie comme la période de temps égale à la durée du traitement et de la convalescence jusqu'au point de cicatrisation ou de consolidation de la lésion. L'ITP est défini comme la période pendant laquelle l'emploi à temps partiel a repris, soit pour les victimes qui n'étaient pas en emploi lorsque leurs activités normales n'ont pas pleinement repris. L'ITT et l'ITP sont déterminés par le médecin spécialiste. En cas de contestation de ces handicaps, le juge peut demander un contre-avis.

Ainsi, le tribunal détermine le montant à verser à la victime sur la base salaires, revenus ou jours perdus qu'une déclaration de revenus peut produire pensée.

5.4. L'expertise médico-légale :

-Le but de l'expertise médico-légale dans les cas des CBV est d'informer le sur la réalité et l'importance des dommages matériels et sur l'estimation du même en cas de litige lié au CMI. Contrairement à l'exigence.

-Les rapports médico-légaux sont ordonnés par un tribunal et effectués par un médecin légiste ou autre médecin légiste agréé par le tribunal.

-En cas de besoin, le médecin légiste peut faire appel à un autre spécialiste pour l'assister ou l'éclairer sur les questions dépassant sa compétence, auxquelles il est destiné de la manière la plus détaillée

-Décrire les blessures liées aux traumatismes au niveau du développement et thérapeutique, - Déterminer la durée totale ou partielle de l'IT et l'indiquer dates différentes,

-Inscrire la date à laquelle la consolidation médicale a été effectuée.

-Qualifier le « Quantum Doloris » ou « Pretium Doloris ».

-déterminer l'état antérieur de la victime,

-Déterminer le taux d'IPP en tenant compte de l'état et de la capacité des lésions physiologiques antérieures,

-Indiquez si l'état de la victime devrait s'améliorer ou s'aggraver.

-Apporter des précisions utiles sur les différentes modalités évolutives : leur degré de probabilité et moment de l'opportunité d'un nouvel examen.

-Indiquer si la victime est en mesure de reprendre ses activités normales.

-Enfin, dites (toujours en considérant l'état précédent) ce qui aurait été le développement de l'état précédent sans l'apparition de coups et de blessures.

-Ce rapport est basé sur le dossier médical d'une part et sur les données de votre examen d'autre part.

-L'opération se déroule en deux phases : le but est de justifier le dommage physique et faire une estimation quantitative de ces dommages.

5.5. Les séquelles :

Toutes les lésions peuvent entraîner des séquelles parmi lesquelles nous pouvons citer :

- Cals vicieux
- Pseudarthrose
- Angulation
- Raideur articulaire
- Inégalité
- Chéloïdes
- Cicatrice

6. La prévention des CBV :

La prévention consiste à agir le plus tôt possible afin de minimiser les facteurs de risque des maladies, des problèmes psychosociaux et les aspects épidémiologiques et médico-légaux des coups et blessures intentionnels par armes blanches dans les traumatismes et leurs conséquences,

La prévention comprend des interventions axées sur l'identification des facteurs à tous les niveaux du modèle écologique, avant l'émergence ou la manifestation d'un problème. Comprend des interventions qui réduisent les facteurs de risque ou augmentant les facteurs de protection (par exemple, le soutien social) activités qui encouragent un comportement non violent[6]

La prévention de la violence dépendra de plus en plus des approches globales à tous les niveaux : [2]

6.1. Au niveau local :

Les partenaires comprennent les fournisseurs de soins de santé, la police, éducateurs, travailleurs sociaux, employeurs et fonctionnaires. Il y a beaucoup à faire à ce niveau pour promouvoir la prévention de la violence.

6.2. Au niveau national :

Les partenariats multisectoriels sont hautement souhaitables aux niveaux national et local. Il n'y a pas que ceux qui ont de l'expérience dans l'application de la loi, la santé et les services sociaux qui peuvent apporter une grande contribution à la prévention de la violence. Les dirigeants de l'Église jouent un rôle dans leur travail pastoral et peuvent offrir leurs bons offices dans la médiation de questions spécifiques.

6.3. Au niveau mondial :

Outre les partenaires locaux et nationaux, les organisations internationales jouent également un rôle dans la prévention et la lutte contre les CBV.

7. Aspects judiciaires :

7.1. code pénale algérien :[12]

- Art. 264 ; (Modifié) - Quiconque, volontairement, fait des blessures ou porte des coups à autrui ou commet toute autre violence ou voie de fait, et s'il résulte de ces sortes de violence une maladie ou une incapacité totale de travail pendant plus de quinze jours est puni d'un emprisonnement d'un (1) à cinq (5) ans et d'une amende de cent mille (100.000) DA à cinq cents mille (500.000) DA. Le coupable peut, en outre, être privé des droits mentionnés à l'article 14 de la présente loi pendant un an au moins et cinq ans au plus. Quand les violences ci-dessus exprimées ont été suivies de mutilation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes, le coupable est puni de la réclusion à temps de cinq (5) à dix (10) ans. Si les coups portés ou les blessures faites volontairement, mais sans intention de donner la mort l'ont pourtant occasionnée, le coupable est puni de la peine de la réclusion à temps, de dix (10) à vingt (20) ans.
- Art. 265 : - Lorsqu'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine est, si la mort s'en est suivie, celle de la réclusion perpétuelle ; si les violences ont été suivies de mutilation, amputation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes, la peine est celle de la réclusion à temps, de dix (10) à vingt (20) ans ; dans le cas prévu par l'alinéa 1er de l'article 264, la peine est celle de la réclusion à temps, de cinq (5) à dix (10) ans.
- Art. 266 : (Modifié) - Lorsque les blessures ou les coups, ou autres violences ou voies de fait, n'ayant pas occasionné une maladie ou incapacité totale de travail personnel excédant quinze jours, ont lieu avec préméditation, guet-apens ou port d'arme, le coupable est puni d'un emprisonnement de deux (2) à dix (10) ans et d'une amende de deux cent mille (200.000) DA à un million (1.000.000) de DA. La confiscation des objets qui ont servi ou pouvaient servir à l'exécution de l'infraction, sous réserve des droits des tiers de bonne foi, peut être ordonnée. (1)
- Art. 267 : (Modifié) - Quiconque, volontairement, fait des blessures ou porte des coups à ses père ou mère légitimes, ou autres ascendants légitimes, est puni ainsi qu'il suit
 - 1- de l'emprisonnement à temps de cinq (5) à dix (10) ans, si les blessures ou les coups n'ont occasionné aucune maladie ou incapacité totale de travail de l'espèce mentionnée à l'article 264
 - 2- du maximum de l'emprisonnement de cinq (5) à dix (10) ans, s'il y a eu incapacité totale de travail pendant plus de quinze (15) jours ;
 - 3- De la réclusion à temps de dix (10) à vingt (20) ans, si les blessures ou les coups ont été suivis de mutilation, amputation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes
 - 4- de la réclusion perpétuelle, si les coups portés ou les blessures faites volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont pourtant occasionnée.
- Lorsqu'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine est :

- Le maximum de l'emprisonnement de cinq (5) à dix (10) ans, dans le cas prévu au paragraphe 1° ci-dessus ;
- La réclusion à temps de dix (10) à vingt (20) ans, s'il est résulté des blessures faites ou coups portés, une incapacité totale de travail pendant plus de quinze (15) jours
- - la réclusion perpétuelle, dans les cas prévus au paragraphe 3° du présent article.
- Art. 268 : - Quiconque participe à une rixe, rébellion ou réunion séditieuse au cours de laquelle sont exercées des violences ayant entraîné la mort dans les conditions prévues à l'article 264 alinéa 4, est puni de l'emprisonnement d'un (1) à cinq (5) ans, à moins qu'il n'encoure une peine plus grave comme auteur de ces violences.
 - Si au cours de la rixe, rébellion ou réunion séditieuse, il est porté des coups et fait des blessures, la peine est l'emprisonnement de trois (3) mois à deux (2) ans, à moins qu'une peine plus grave ne soit encourue comme auteur des violences par la personne ayant participé à cette rixe, rébellion ou réunion séditieuse.
 - Les chefs, auteurs, instigateurs, provocateurs de la rixe, rébellion ou réunion séditieuse, sont punis comme s'ils avaient personnellement commis les dites violences.
- Art. 269 : (Modifié) - Quiconque, volontairement, fait des blessures ou porte des coups à un mineur de seize ans ou le prive volontairement d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé, ou commet volontairement à son encontre toute autre violence ou voie de fait, à l'exclusion des violences légères, est puni d'un emprisonnement d'un (1) à cinq (5) ans et d'une amende de cinq cents (500) à cinq mille (5.000) DA. (1)
- Art. 270 :(Modifié) - Lorsqu'il est résulté des coups, blessures, violences, voies de fait ou privations visés à l'article précédent, une maladie, une immobilisation ou une incapacité totale de travail de plus de quinze jours, ou s'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine est de trois (3) à dix (10) ans d'emprisonnement et de cinq cents (500) à six mille (6.000) DA d'amende. Le coupable peut, en outre, être frappé pour un (1) an au moins et cinq (5) ans au plus de l'interdiction des droits mentionnés à l'article 14 du présent code et de l'interdiction de séjour. (2)
- Art. 271. : - Lorsqu'il est résulté des coups, blessures, violences, voies de fait ou privations visées à l'article 269, une mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes, la peine est la réclusion à temps, de dix (10) à vingt (20) ans. Si la mort en est résulté sans intention de la donner, la peine est le maximum de la réclusion à temps de dix à vingt ans. Si la mort en est résulté sans intention de la donner, mais par l'effet de pratiques habituelles, la peine est celle de la réclusion perpétuelle. Si les coups, blessures, violences, voies de fait ou privations ont été pratiquées avec l'intention de provoquer la mort, l'auteur est puni comme coupable d'assassinat ou de tentative de ce crime.
- Art. 272. : - Lorsque les coupables sont les père ou mère légitimes, autres ascendants légitimes, ou toutes autres personnes ayant autorité sur l'enfant ou ayant sa garde, ils sont punis
 - 1- dans le cas prévu à l'article 269, des peines portées à l'article 270

- 2- dans le cas prévu à l'article 270, de la réclusion à temps, de cinq (5) à dix (10) ans ;
- Dans les cas prévus aux alinéas 1 et 2 de l'article 271, de la réclusion perpétuelle ;
- Dans les cas prévus aux alinéas 3 et 4 de l'article 271, de la peine de mort.
- Art. 273 : - Quiconque sciemment aide une personne dans les faits qui préparent ou facilitent son suicide, ou fournit les armes, poison ou instrument destinés au suicide, sachant qu'ils doivent y servir, est puni, si le suicide est réalisé, de l'emprisonnement d'un à cinq ans.
- Art. 274 : - Quiconque se rend coupable du crime de castration est puni de la réclusion perpétuelle. Si la mort en est résulté, le coupable est puni de mort.
- Art. 275 : (Modifié) - Est puni d'un emprisonnement de deux (2) mois à trois (3) ans et d'une amende de cinq cents (500) à deux mille (2.000) DA quiconque cause à autrui une maladie ou incapacité de travail personnel en lui administrant, de quelque manière que ce soit, sciemment, mais sans intention de donner la mort, des substances nuisibles à la santé.
 - Lorsqu'il en est résulté une maladie ou incapacité de travail d'une durée supérieure à quinze (15) jours, la peine est celle de l'emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans.
 - Le coupable peut, en outre, être frappé pour un (1) an au moins et cinq (5) ans au plus de l'interdiction d'un ou plusieurs des droits mentionnés à l'article 14 et de l'interdiction de séjour. Lorsque les substances administrées ont causé soit une maladie incurable, soit la perte de l'usage d'un organe, soit une infirmité permanente, la peine est la réclusion à temps, de cinq (5) à dix (10) ans.
 - Lorsqu'elles ont causé la mort sans l'intention de la donner, la peine est la réclusion à temps, de dix (10) à vingt (20) ans. (1)
- Art. 276. - Lorsque les délits et crimes spécifiés à l'article précédent ont été commis par un ascendant, descendant, conjoint ou successible de la victime ou une personne ayant autorité sur elle, ou en ayant la garde, la peine est
 - 1- dans le cas prévu à l'alinéa 1 de l'article 275, l'emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans ;
 - 2- dans le cas prévu à l'alinéa 2 de l'article 275, la réclusion à temps, de cinq (5) à dix (10) ans ;
 - 3- dans le cas prévu à l'alinéa 4 de l'article 275, la réclusion à temps, de dix (10) à vingt (20) ans ;
 - Dans le cas prévu à l'alinéa 5 de l'article 275, la réclusion perpétuelle.

Partie pratique

IV. Partie pratique

8. 1. MATERIELS ET METHODES :

1.1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale prospective observationnelle monocentrique effectuée au niveau du service de médecine légale à l'hôpital d'Ahmed Benadjaila et au niveau des urgences médico-chirurgicale de l'hôpital mixte de Laghouat 240 lits .

1.2 Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de 6 mois allant de septembre 2022 au mars 2023.

1.3. Objectifs de l'étude :

1.3.1. Objectif principal :

- ✓ Estimer l'incidence des traumatismes occasionnés par les coups et blessures volontaires dans la wilaya de Laghouat.

1.3.2. Objectifs secondaires :

- ✓ Étudier l'aspect clinico-épidémiologique des coups et blessures volontaires.
- ✓ Evaluer les facteurs de risque et de gravité des traumatismes occasionnés par coups et blessures volontaires.

1.4 Population d'étude :

La population cible de cette étude est constituée de tout patient ayant subi un traumatisme suite à un coup ou une blessure volontaire, pendant une période de six mois allant de septembre 2022 à mars 2023.

1.5 Taille d'échantillon :[13]

Le calcul du nombre de sujets nécessaires a été réalisé par l'utilisation de la

Formule suivante :

$$n = t^2 \times p (1-p) / e^2$$

n = taille de l'échantillon attendu.

t = niveau de confiance déduit du taux de confiance (1,96 pour un taux de confiance de 95%)

p = taux d'incidence des traumatismes occasionnés par les coups et blessures volontaires. (P=0,073) selon l'étude tunisienne)

e = marge d'erreur (fixée à 5%).

Le nombre de patients à retenir est 100 patients.

1.6 Critères de sélection :

1.6.1. Critères d'inclusion :

Dans notre étude, sont inclus tous les patients ayant subi une agression physique intentionnelle, qui ont un dossier de constatation au niveau du service de médecine légale durant notre période d'étude.

1.6.2. Critères d'exclusion :

On a exclu :

- ✓ Les patients qui n'ont pas accordé leur d'y participer.
- ✓ Les handicapés mentaux.
- ✓ Les dossiers incomplets ou manquants d'information.

1.7 Recueil des données :

Les données ont été recueillies à partir :

- ✓ Des dossiers médicaux constitués de certificat médical descriptif, le certificat médical de constatation de coups et blessures volontaires, les examens paracliniques et le certificat de séjour (si hospitalisation).
- ✓ Des rendez-vous de contrôle et de suivi.
- ✓ Le recueil s'est fait dans le cadre du respect du secret médical et la prise en considération le consentement du patient.

Les paramètres étaient collectés sur des fiches d'enquête ; dont lesquelles les informations des patients, les circonstances des coups et blessures volontaires, les caractéristiques des lésions, les complications et séquelles, ainsi que l'évaluation médico-légale. (ANNEXE 01)

1.8 Analyse des résultats :

Les données et les résultats ont été traités à l'aide du programme IBM* SPSS* statistics version 22

Les méthodes statistiques utilisées comprennent :

- Description de la population d'étude, qualité des données et données manquantes.
- Les variables quantitatives sont représentées par leurs caractéristiques : effectif, rang (minimum, maximum), moyenne.
- Les effectifs absolus et relatifs des variables qualitatives et ordinales sont utilisés pour les décrire.
- Le test t de Student compare deux moyennes.
- Comparaison de deux pourcentages par le test de Khi deux ou le test exact de Fisher (si Khi-deux non applicable)
- Les tests statistiques seront bilatéraux, et le degré de significativité a sera égal à 5 %.
- Des intervalles de confiance de 95 % pour les moyennes et les pourcentages seront établis.

Résultats

9. 2.RESULTATS :

2.1 Résultats descriptifs :

Durant la période d'étude, parmi 644..., 100 patients ont été inclus

, les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée sont représentées dans le tableau qui suit :

Tableau 1: Les caractéristiques générales de la population

| Paramètre | Valeur |
|--------------------------|--------|
| Age moy (année) | 29,89 |
| Sexe n (%) | |
| Masculin | 70(70) |
| Féminin | 30(30) |
| Statut matrimonial n (%) | |
| Célibataire | 55(55) |
| Marié | 45(45) |
| Profession n (%) | |
| Fonctionnaire | 15(15) |
| Libéral | 13(13) |
| Sans profession | 46(46) |
| Scolarisé | 17(17) |
| Non mentionnée | 7(7) |

→ moy : moyenne ; n : effectif.

L'âge moyen de notre échantillon est de 29,89 ans avec des extrêmes de 4 ans et de 73 ans ; dont la plupart n'ayant pas de profession (46% de la population), Suivi de (28 %) travailleurs, (17%) scolarisé et (7%) restant d'une profession non mentionnée.

Les caractéristiques anamnestiques des circonstances des coups et blessures volontaires sont décrites dans le tableau 02 :

Tableau 2 : Les caractéristiques anamnestiques de survenu des coups et blessures volontaires

| Paramètre | Valeur |
|--------------------------------|--------|
| Sexe de l'agresseur n (%) | |
| Homme | 89(89) |
| Femme | 7(7) |
| Non identifié | 3(3) |
| Non mentionné | 1(1) |
| Le lien avec l'agresseur n (%) | |
| Cercle familial | 6(6) |
| Conjoint | 20(20) |
| Voisin | 4(4) |
| Simple connaissance | 34(34) |
| Client | 1(1) |
| Inconnu | 32(32) |
| Autre | 3(3) |
| Lieu du cbv | |

| | |
|---|--------|
| Voie publique | 59(59) |
| Au travail | 6(6) |
| A domicile | 24(24) |
| A l'école | 7(7) |
| Autre | 4(4) |
| Lieu du cbv | |
| Voie publique | 59(59) |
| Au travail | 6(6) |
| A domicile | 24(24) |
| A l'école | 7(7) |
| Autre | 4(4) |
| Instrument utilisé n (%) | |
| Objet tranchant | 12(12) |
| Objet contendant | 29(29) |
| Physique | 37(37) |
| Objet tranchant + contendant | 8(8) |
| Objet contendant + physique | 5(5) |
| Autre | 1(1) |
| Indéterminé | 8(8) |
| Circonstance du cbv n(%) | |
| Conflit familial | 6(6) |
| Conflit conjugal | 20(20) |
| Conflit scolaire | 7(7) |
| Rixe dans la rue | 57(57) |
| Rixe au travail | 5(5) |
| Vol à main armée | 2(2) |
| Autre | 3(3) |
| Consultation après cbv n (%) | |
| Oui | 97(97) |
| Non | 3(3) |
| Type de consultation n (%) | |
| Libérale | 7(7) |
| EPH | 36(36) |
| EPSP | 57(57) |
| Hospitalisation après consultation n (%) | |
| Oui | 9(9) |
| Non | 91(91) |
| Durée d'hospitalisation (jour) | |
| Min | 1 |
| Max | 33 |

→ cbv : coups et blessures volontaires ; n : effectif ; min : minimum ; max : maximum.

Concernant les circonstances de survenu du CBV, le tableau (02) démontre que :

- La majorité des patients de notre série étaient agressés par des hommes avec un pourcentage de 89%.

- La simple connaissance prend la grande partie dans le lien entre victime et agresseur estimée à 34%, suivi par la méconnaissance avec 32%.
- 59% des CBV ont eu lieu dans les voies publiques, accompagné secondairement par le domicile avec 24 %.
- L'agent le plus incriminé était physique (coup de poignard, coup de pied, morsure, projection de corps) d'une valeur de 37%, poursuivi par les objets contendants avec 29%.
- Les rixes dans la rue prenaient l'entête avec 57%, suivi de conflits conjugaux avec 20%.
- La quasi-totalité de la population ont consulté suite à l'agression avec un pourcentage de 97%, dont 57% au niveau des EPSP, 36% à l'EPH et seulement 7% à titre libéral.
- Uniquement 9% de notre échantillon était hospitalisé avec un minimum de 01 jour jusqu'à un maximum de 33 jours, alors que 91% ne nécessitait pas une hospitalisation.

La description élémentaire des lésions est présentée dans le tableau 03 :

Tableau 3: Les lésions élémentaires causées par l'agression

| Lésion élémentaire n (%) | Valeur |
|---|--------|
| Ecorchure | 3(3) |
| Egratignure | 7(7) |
| Ecchymose | 20(20) |
| Hématome | 2(2) |
| Plaie | 18(18) |
| Ecorchure +plaie | 2(2) |
| Egratignure + ecchymose | 3(3) |
| Egratignure + hématome | 1(1) |
| Egratignure + plaie | 3(3) |
| Ecchymose + hématome | 5(5) |
| Ecchymose + plaie | 15(15) |
| Hématome + plaie | 6(6) |
| Ecorchure + égratignure +ecchymose | 2(2) |
| Egratignure + ecchymose + hématome | 3(3) |
| Egratignure + ecchymose + hématome +plaie | 3(3) |
| Ecchymose + hématome +plaie | 1(1) |
| Egratignure + ecchymose + plaie | 2(2) |
| Autre | 4(4) |

→ *n* : effectif.

Selon nos résultats dans le tableau si dessus, on remarque que :

- Comme lésion engendrée, les ecchymoses prédominent avec un pourcentage de 20% succédées, les plaies à 18% puis l'association ecchymose+ plaie à 15%, lors que les autres types de lésions varient entre 1% à 7%.

La description des lésions selon la topographie est traitée dans le tableau 04 :

Tableau 4: la description des lésions selon la topographie

| Lésion selon la topographie | | Valeur |
|---|--|----------|
| Lésions faciales n (%) | | |
| Oui | | 67(67) |
| Non | | 33(33) |
| Lésions cranio-cérébrales n (%) | | |
| Aucune lésion | | 80(80) |
| Plaie du cuir chevelu | | 19(19) |
| Embarrure | | 1(1) |
| Hématome | | 0(0) |
| Lésions thoracique n (%) | | |
| Oui | | 13(13) |
| Non | | 87(87) |
| Lésions abdominales n (%) | | |
| Oui | | 2(2) |
| Non | | 98(98) |
| Lésions dorsales n (%) | | |
| Oui | | 5(5) |
| Non | | 95(95) |
| Lésions des membres n (%) | | |
| Oui | | 55(55) |
| Non | | 45(45) |
| Lésions ostéo-articulaires n (%) | | |
| Oui | | 21(21) |
| Non | | 79(79) |
| Lésions viscérales n (%) | | |
| Oui | | 00(00) |
| Non | | 100(100) |

→ *n* : effectif.

L'étude topographique nous apporte les statistiques suivantes :

- 67% de notre population étudiée avait des lésions faciales.
- Les lésions des membres étaient aussi importantes estimées à 55%.
- Les lésions ostéo-articulaires englobant : les fractures fermées, ouvertes et les entorses avaient une part considérable du total des lésions à 21%.
- Comme lésion cranio-cérébrale, 19% ayant une plaie du cuir chevelu, 1% seulement avec embarrure, alors que 80% ne présentaient aucune.
- 13% des patients avaient des blessures thoraciques.
- 2% seulement apportaient des lésions abdominales ; ainsi que les lésions dorsales qu'à 5%.
- Dans notre échantillon, nul n'avait une lésion viscérale 00%.

Pour la stabilité hémodynamique lors de l'accueil du patient, la survenue de complication instante ou au cours de la consolidation / guérison et les dommages durables (séquelles), on a élaboré le tableau 05 :

Tableau 5: Stabilité hémodynamique et évolution

| Paramètres | | Valeur |
|--------------------------------------|--|--------|
| Stabilité hémodynamique n (%) | | |
| Stable | | 97(97) |
| Instable | | 3(3) |
| Complication n (%) | | |
| Oui | | 5(5) |
| Non | | 94(94) |
| Inconnu | | 1(1) |
| Séquelles n (%) | | |
| Oui | | 2(2) |
| Non | | 97(97) |
| Inconnu | | 1(1) |

Concernant l'état hémodynamique et l'entité évolutive des blessures, on retient du tableau que :

- Presque l'ensemble de nos patients étaient stables sur le plan hémodynamique au moment de l'accueil au pavillon des urgences avec un taux de 97%.
- 5% parmi les victimes se sont compliquées durant la phase de convalescence, le reste n'a pas eu de complication hormis un seul cas est d'évolution obscur.
- Pour les séquelles, uniquement 2% ont gardé des dommages durables ; Hors que 97% guérissaient sans séquelles et 1% reste inconnu.

Le bilan lésionnel comporte les bilans biologiques ainsi que les examens morphologiques de tout type (radiographie, échographie, tomodensitométrie, IRM, body-scan) sont cités dans le tableau 06

Tableau 6 : Le bilan lésionnel et les modalités de PEC thérapeutique.

| Paramètre | Valeur |
|------------------------------------|---------|
| Bilan biologique n (%) | |
| Fait | 15(15) |
| Non fait | 85(85) |
| Radiographie standard n (%) | |
| Faite | 51 (51) |
| Non faite | 49(49) |
| Echographie n (%) | |
| Faite | 3(3) |
| Non faite | 97(97) |
| TDM n (%) | |
| Faite | 12(12) |
| Non faite | 88(88) |
| IRM n (%) | |
| Faite | 1(1) |
| Non faite | 99(99) |
| Traitement | |
| Médical n (%) | |
| Oui | 82(82) |
| non | 16(16) |
| Orthopédique n (%) | |
| Oui | 16(16) |
| Non | 84(84) |
| Chirurgical n (%) | |
| Oui | 10(10) |
| Non | 90(90) |

→ PEC : prise en charge ; n : effectif.

Les bilans biologiques étaient peu demandés avec un taux de 15%, lors que la radiographie standard eu indication dans 51% des cas, suivi de la TDM à 12%, l'échographie effectuée dans 3% des situations et l'IRM rien qu'1%.

Le traitement médical était majoritaire d'une valeur de 82%, lors que le traitement orthopédique s'est imposé dans 16% et le recours à la chirurgie dans 10%.

L'estimation de l'incapacité totale de travail qui se fait par le médecin légiste et qui déduit la gravité du traumatisme par son impact sur la vie quotidienne de la victime, démontrée par le tableau 07 :

Tableau 7: Les valeurs de l'ITT et la gravité du traumatisme

| Paramètre | Valeur |
|-------------------------------------|--------|
| ITT n (%) | |
| ≤15 jours | 81(81) |
| >15 jours | 19(19) |
| Gravité du traumatisme n (%) | |
| Grave | 19(19) |
| Non grave | 81(81) |

→ n : effectif.

Selon l'évaluation de l'ITT déterminé et la gravité des traumatismes ; on déduit que :

- La population de notre étude dans sa majorité estimée à 81% a bénéficié d'un ITT inférieur ou égal à 15 jours, d'où on constate le non gravité du traumatisme qui s'exprime par le même pourcentage.
- Les 19% restants sont considérés comme traumatisme grave vue que leur ITT est supérieur strictement à 15 jours.

La proposition du soutien psychologique, son acceptation et sa mise en pratique permettent d'explorer l'impact psychologique comme le montre le tableau 08 :

Tableau 8 : la proposition du soutien psychologique, la soumission et les différents types de répercussion psychique

| Paramètre | Valeur |
|---|----------|
| Proposition du soutien psychologique n (%) | |
| Oui | 38(38) |
| Non | 62(62) |
| Soutien psychologique n (%) | |
| Fait | 16(16) |
| Non fait | 78(78) |
| Ne sait pas | 6(6) |
| Type de répercussion psychique n (%) | |
| Panique | 4(25) |
| Angoisse | 3(18,75) |
| Peur | 3(18,75) |
| Dépression | 6(37,5) |

Les données statistiques relatives à la prise en charge psychologique sont ainsi de suite :

- L'offre du soutien psychologique a été proposé à 38% de la population, dont 42,1% ont accepté d'y soumettre.
- 62% de l'ensemble étudié n'avait pas besoin d'accompagnement psychologique.
- La dépression étant une conséquence psychique prédominait avec 37,5%, suivi de la panique avec un pourcentage de 25% et subordonnée par la peur et la panique avec un taux identique, égal à 18,75%.

2.2 Les analyses inférentielles :

L'analyse inférentielle permet de comparer, de confirmer ou infirmer un lien de causalité entre la gravité du traumatisme et le sexe, l'âge et la profession, qui a abouti aux résultats suivants en fonction des paramètres représentés dans le tableau 08 :

Tableau 9: l'analyse inferentielle des traumatismes graves vs traumatismes non graves

| Paramètre (n) | Traumatisme grave (19) | Traumatisme non grave (81) | P | IC à 95% |
|---------------------------|------------------------|----------------------------|---------|------------------|
| Age moy (année) | 29,58 | 29,98 | 0,644** | [-6,092 ; 5,299] |
| Sexe n (%) | | | | |
| Masculin | 17(89,5) | 53(65,4) | 0,040** | |
| Féminin | 2(10,5) | 28(34,6) | | |
| Statut matrimonial n (%) | | | | |
| Célibataire | 12(63,2) | 43(53,1) | 0,42** | |
| Marié | 7(36,8) | 38(46,9) | | |
| La profession n (%) | | | | |
| Fonctionnaire | 3(15,8) | 12(14,8) | | |
| Libéral | 3(15,8) | 10(12,3) | | |
| Sans profession | 9(47,4) | 37(45,7) | 0,72** | |
| Scolarisé | 3(15,8) | 15(18,5) | | |
| Militaire | 1(5,3) | 1(1,2) | | |
| Non mentionnée | 0(00) | 6(7,4) | | |
| Nombre d'agresseur | | | | |
| 1 | 16(84,2%) | 73(90,1%) | | |
| 2 | 2(10,5%) | 6(7,4%) | 0,72** | [-0,129 ; 0,303] |
| 3 | 1(5,3%) | 2(2,5%) | | |
| Lieu de l'agression | | | | |
| Voie publique | 14(73,7%) | 45(55,6) | | |
| Domicile | 1(5,3%) | 23(28,4%) | | |
| Lieu de travail | 2(10,5%) | 4(4,9%) | 0,259** | |
| Ecole | 1(5,3%) | 6(7,4%) | | |
| Autre | 1(5,3%) | 3(3,7%) | | |
| Circonstances de survenue | | | | |
| Familiale | 0(0%) | 6(7,4%) | | |
| Scolaire | 1(5,3%) | 6(7,4%) | | |
| Conjugale | 1(5,3%) | 16(19,8%) | 0,35** | |
| Rixe dans la rue | 13(68,4%) | 44(54,3%) | | |

| | | | |
|------------------------------|--------------|-----------|----------|
| Rixe dans le travail | 2(10,5%) | 3(3,7%) | |
| Vol à mains armées | 0(0%) | 2(2,5%) | |
| Autre | 2(10,5%) | 4(4,9%) | |
| examens complé- mentaires | | | |
| Biologiques | 12(63,2%) | 3(3,7%) | 0,000** |
| Radio standard | 18(94,7%) | 32(39,5%) | 0,000** |
| Échographie | 1(5,3%) | 1(1,2%) | 0,34*** |
| TDM | 7(36,8%) | 5(6,2%) | 0,001*** |
| IRM | 19(100%) | 81(100%) | |
| Traitement | | | |
| Médicale | 19(100%) | 77(95.1%) | 0.42 |
| Orthopédique | 81.25(68.4%) | 18.75(3%) | 0.019 |
| Chirurgicale | 9(47.4%) | 1(1.2%) | 0.000 |

→ n : effectif ; p : valeur de significativité, ** Khi deux de Pearson ; moy : moyenne ; IC : intervalle de confiance.

***teste exact de Fisher.

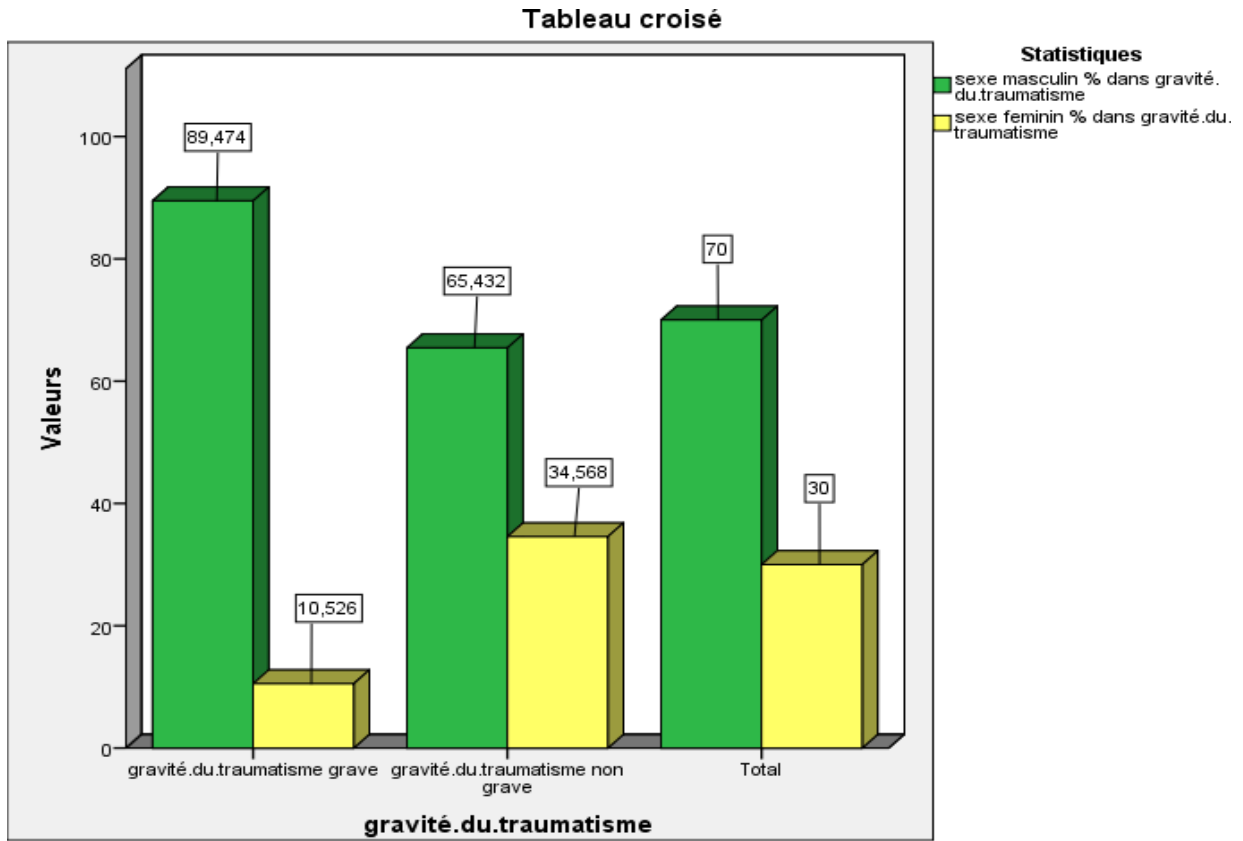


Figure 1: lien de causalité entre traumatisme grave et facteurs de risques

Discussion et commentaires

10.3. Discussion et commentaires :

Notre cible principale était de déterminer l'incidence des traumatismes occasionnés par coups et blessures volontaires dans notre Wilaya, dont le résultat de notre étude rapporte que l'incidence est estimée à 2.5 % .[13]

L'analyse inférentielle dont on a réalisé pour atteindre ce but a démontré que le sexe est un facteur de risque incriminé dans la gravité des traumatismes occasionnés par coups et blessures volontaires, alors que la profession ($P=0,72$) et l'âge ($P=0,64$) n'étaient pas identifiés comme des facteurs de risque dans notre étude.

3.1 les caractéristiques socio-démographiques :

- » L'âge moyen de notre échantillon était de 29,89($p=0,644$) ans avec des extrêmes de 4 ans et 73 ans témoignant le caractère Jeune de notre population d'étude, qui peut être expliqué par les interactions sociales, les fréquentations dans des environnements potentiellement dangereux, ou la participation à des activités qui les exposent à un plus grand nombre de personnes telles que les soirées et les rassemblements, ou lié à la pauvreté, au chômage ou à l'instabilité sociale.

Ce résultat est quasiment pareil à celui de l'étude burkinabé de **Diallo Thierno Mamadou Cherif** [14] qui a Rapporté un âge moyen de 29,88 ans, ainsi à celui de l'analyse tunisienne de **Bardaa et Al** [15] qui a démontré une moyenne d'âge de 30 ans.

- » Dans notre étude, le sexe dominant est le sexe masculin avec un taux de 70% (70) contre 30% (30) de sexe féminin, c'est probablement dû à l'identification de l'homme étant davantage exposé à des situations de risque, telles que des conflits violents, des agressions liées à des gangs ou des comportements à haut risque, la pression sociale qui s'exerce sur les hommes pour qu'ils se montrent forts et dominants.

Cette prédominance était notée aussi dans l'étude de **Diallo** [14] cité précédemment, leur résultat conforme à la nôtre avec un pourcentage de 71,97% pour le sexe masculin et 28,03% de femme. Même cas pour l'étude tunisienne de **Bardaa et Al** [15] dont le sexe masculin était majoritaire à 83,7%. Une autre étude malienne de **Kamissoko** [16] était de résultat identique (71,1%).

Bien que le sexe masculin soit reconnu comme facteur de risque de coups et blessures volontaires en littérature, on a trouvé une corrélation significative avec la VVG [VVG+ (masc.) : 17(89,5%) vs VVG+ (fem) : 02(10,5%)] ($P=0,040$).

Concernant le statut matrimonial, on a trouvé 55% (55) des agressés de statut célibataire, et 45% (45) marié ($P= 0,42$), on constate que les agressions peuvent se produire indépendamment du statut. L'étude de **Kamissoko a** montré un résultat presque similaire sur le statut marié avec une valeur de 42,70%, hors qu'il était un peu plus bas concernant la tranche célibataire avec un taux de 46%. On n'a pas objectivé un lien de causalité avec la survenue de la violence volontaire ou la gravité du traumatisme par coups et blessures volontaires.

Célibataire : [VVG+ : 12(63,2%) vs VVG- :43(53,1%)]

Marié : [VVG + : 7(36,8%) vs VVG- : 38(46,9%)]

Pour la profession, notre enquête a démontré que les chômeurs sont les plus atteints (46%), suivi de la tranche scolarisée (17%), ensuite les fonctionnaires (15%) et les libéraux à (13%), contrairement aux résultats de **Bardaa et Al** [15], chez qui les employés étaient les plus touchés (81,4%) et seulement (12%) pour les chômeurs, qui peut être expliqué par la variabilité de la région, le contexte social, ainsi que les méthodes de collecte des données.

La dominance de la catégorie des chômeurs dans notre étude, peut s'expliquer par le stress entraîné par le chômage ainsi que les frustrations et l'anxiété qui peuvent simuler un comportement agressif. Le chômage est admis en littérature comme facteur de risque de survenue de violence, ce qui concorde avec nos résultats. Néanmoins, on n'a pas trouvé un lien de causalité entre la gravité du traumatisme et le statut professionnel ou le chômage, autrement ne dit pas de concordance significative avec la gravité du traumatisme occasionné par coups et blessures volontaires. [VVG + : 09(47,4%) vs VVG- :37 (45,7%)] ($P= 0,72$).

3.2 les aspects cliniques des coups et blessures volontaires et les circonstances de survenue :

L'agresseur était majoritairement de sexe masculin avec un pourcentage de 89% (89), alors que 7% (7) de sexe féminin, 3% (3) non identifié et le 1% (1) restant non mentionné dans le dossier médical, cette prédominance masculine corrèle avec les résultats de **Kamissoko** [16] dont le taux du sexe masculin étant de 70,10%. Comme argument, les hommes sont considérés plus impliqués dans les combats et les bagarres, ainsi que les agressions liées aux gangs, ce qui peut justifier le résultat de notre recherche. Mais, on pas décelé une relation significative avec la gravité du traumatisme [VVG+ : 19(100%) vs VVG- :70(86,4%)]

(P=0,40).

» A propos du nombre d'agresseur, nos résultats rapportent que dans 89%(89) des cas l'agresseur est un seul, et en nombre de deux dans 8%(8) des agressions incluses dans notre étude, le plus grand nombre a été chiffré à 03 auteurs avec un pourcentage de 3%(3), l'étude de **Kamissoko** [16] a révélé que le pourcentage d'un seul agresseur était de 47,70% qui est presque la moitié de notre taux. On constate que cette différence peut être liée aux types de conflits incriminés et retrouvés dans chacune des périodes d'étude. On n'a trouvé aucune corrélation avec la gravité du traumatisme. (P=0,72) ; IC à 95% [-1,29 ; 0,303]

Nombre d'agresseur à 01 : [VVG+ : 16(84,2%) vs VVG- : 73(90,1%)]

Nombre d'agresseur à 02 [VVG+ : 2(10,5%) vs VVG- : 6(7,4%)]

Nombre d'agresseur à 03 : [VVG+ : 1(5,3%) vs VVG- : 2(2,5%)]

» Arrivant au lien avec l'agresseur, la simple connaissance prenait la première place avec un taux de 34% (34) suivi de lien inconnu avec 32% (32), ensuite 20% (20) identifié de partenaire intime (conjoint), 6% (6) du cercle familial, 4% (4) étant voisin, 3% (3) englobe les collègues de travail et compagnon de cellule en prison, 1% (1) client. Contrairement à l'étude de **Kamissoko**[16] qui démontrait que la tranche majoritaire d'agresseurs n'avait aucun lien avec la victime, estimé à 40,2%.

Diallo[14] a trouvé dans son étude que le lien majeure unissant la victime et l'agresseur est le voisinage avec un taux de 27,07% (85) ; suivi du lien familial à 22% (69), puis la simple connaissance à 20,7% (65), 16% (50) pour la tranche qui n'a aucun lien et 14,33% (45) était des collègues de travail. Cette variabilité peut être due au lieu de l'étude et son contexte socio-culturel ainsi que la période d'étude. On n'a pas trouvé une corrélation significative entre le lien le plus avec l'agresseur le plus trouvé et la gravité du traumatisme [VVG+ : 10(52,6%) vs VVG- : 24(29,6%)] (P=0,43).

» Ces violences étaient de différentes circonstances, dont notre étude les a identifiées par les rixes dans la rue en premier lieu d'une valeur de 57% (57), suivi de conflit conjugal à 20% (20), 7% (7) de conflit scolaire, conflit familial à 6% (6), les rixes au travail à 5% (5) et 5% (5) englobait les vols à mains armées et d'autres circonstances. Contrairement à l'étude malienne de **Kamissoko**[16] où

les vols à mains armées prédominaient avec un pourcentage de 30,12% (72), suivi de conflits familiaux à 16,73% (45) et les rixes dans la rue à 14,6% (35). Ces résultats peuvent s'expliquer par la baisse du niveau socio-économique en Mali par rapport à notre niveau en Algérie qui peut conduire que les agressions soient de type vols.

On n'a pas trouvé une corrélation significative entre les rixes dans la rue et la gravité du traumatisme.

[VVG+ :13(68,4%) vs VVG- : 44(54,3%)] (P= 0,335).

- ▶ Les agressions ont eu lieu majoritairement dans les voies publiques à 59% (59), à domicile 24% (24), puis 7% (7) à l'école, 6% (6) au travail et d'autres lieux à 4% (4). Cela peut s'argumenter que voies publiques sont souvent des espaces ouverts et accessibles à un large éventail de personnes et qui offrent aux agresseurs d'en profiter de l'anonymat et la densité de la foule, Certains environnements publics peuvent créer des conditions propices aux agressions, tels que des zones mal éclairées, des ruelles isolées ou des endroits où la surveillance est limitée et donc moins de témoins et d'interventions immédiates. L'étude malienne de **Soumaila Dumbia** a révélé les mêmes résultats, par une prédominance de la voie publique à 57,1 %, suivi du domicile par 27% approximativement, ainsi que l'étude de **Kamissoko** [16] avec un pourcentage de 47,6% en voie publique. Malgré que les rues et les espaces publique sont connus comme lieu préférentiel de survenue de violence, Mais on n'a pas trouvé de concordance significative avec la gravité du traumatisme.

[VVG+ : 14(73,7%) vs VVG- :45(55,6%)] (P=0,25).

- ▶ Quant aux armes et instruments utilisés , on à constater que les mécanismes physiques arrivent en premier au sein de notre population avec un pourcentage de 37%(37) suivi des objets contendants à 29%(29) et objet tranchant à 12%(12) , ensuite vient l'association d'objet contendant et tranchant à 8%(8) , contrairement à l'étude tunisienne de **Bardaa et Al**[15] , l'objet contendant était le plus utilisé à74,4%(316) similaire à celle de **Diallo**[14 a mis en évidence l'objet contendant comme le plus fréquemment utilisé avec un taux de 67,83%(213).

Au tant que raisonnement face au résultat qu'on a trouvé, le mécanisme physique s'agit d'une action directe et visible qui peut être mise en œuvre rapidement et sans nécessiter d'outils ou de

compétences particulières. Perçue comme un moyen acceptable ou valorisé pour résoudre des conflits ou exprimer une domination (les conflits familiaux et conjugaux).

On n'a pas trouvé une relation significative du mécanisme physique et la gravité du traumatisme. [VVG+ : 6(31,6%) vs VVG- :31(38,3%)] (P=0,50)

» En ce qui concerne les types de lésions et leurs topographies, les ecchymoses étaient la plus engendrée avec un pourcentage de 20% (20), suivi des plaies avec 18% (18), ensuite leur association à 15% (15). Ces résultats ne ressemblent pas à ceux de **Diallo**[14] où la prédominance était prise par les plaies avec un taux de 52,87% (166), succédée par les ecchymoses à 18,15% (57). La topographie concernait majoritairement la face, calculée à 67% (67) suivi par les membres (supérieurs et inférieurs) à 55% (55), 21% (21) de siège ostéoarticulaire, et 19% (19) de lésions cranio-cérébrales, cependant l'étude de **Bardaa et Al** [15] montrait que la tête et le cou était le siège préférentiel des lésions à 80,6% (391), suivi secondairement par les membres supérieurs à 52,6% (255), et inférieurs à 29,5% (143), puis le thorax à 14,8% (72).

La prédominance des lésions sur ces régions pourrait être lié au fait qu'elles sont des zones découvertes du corps et visibles.

On estime que cette variation est due la dissemblance des instruments majoritairement utilisés.

3.3. Les conséquences de l'évènement violent :

Presque la totalité de la population s'est dressé à la consultation après l'agression, le taux était estimé à 97%, que 3% n'ont pas consulté.

On peut argumenter ceci par le fait que la société est devenue plus consciente de la gravité de la situation et les conséquences physiques ainsi émotionnels qu'elle peut engendrer. Aussi le besoin d'aide médical, de soutien juridique afin de garantir leurs droits.

Le type de consultation le plus dominant est la consultation à l'EPSP avec un pourcentage de 57%, suivi de l'EPH à 36% et la consultation libérale d'un taux minime de 7%.

On pourra expliquer le recours aux hôpitaux publiques, vu la présence d'une prise en charge pluri-disciplinaire. Ainsi, la gratuité des services.

Dans notre échantillon d'étude, l'hospitalisation était indiquée dans seulement dans 9%(9) des cas, les 91% (91) restants n'avaient pas besoin d'une hospitalisation, ces résultats concorde avec le pourcentage de stabilité hémodynamique chez nos patient, qui était de 97%(97), uniquement 3%(3) était instables. Cependant l'étude de **Kassimoko** démontre un taux élevé d'hospitalisation suite à l'agression, qui était estimé à 40,2%, ainsi que l'étude de **Soumaila Dumbia** où le taux d'hospitalisation était à 63%, dont on peut les refléter par le lieu de l'étude qui était au sein d'un service de neurochirurgie pour l'échantillon de **Kassimoko**[16] et au niveau du service des urgences pour l'étude de **Soumaila**.

Parlant des résultats qui concernent les examens complémentaires biologiques et morphologiques, 15% des patients a bénéficié de bilans biologiques, 51% (51) ont nécessité une radiographie standard, dans 12% (12) l'indication du TDM a eu lieu, l'échographie s'est posée avec une valeur de 3% (3) et seulement 1% (1) l'IRM. Les résultats de l'étude de **Soumaila Dumbia** concernant les examens complémentaires montrent que la TDM était la plus demandée avec un taux de 36,3%, suivi de la radiographie standard avec 30,3%, cette variabilité est due au siège lésionnel majeur qui diffère de celui de leur étude (tête et cou), dont chaque topographie impose un examen morphologique particulier.

On a trouvé une concordance significative entre les examens complémentaires biologiques et radiologiques les plus pratiqués et la gravité du traumatisme.

Examens biologiques : [VVG+ : 12(63,2%) vs VVG- : 3(3,7%)] (P=0,000).

Radiographies standards [VVG+ : 18(94,7%) vs VVG- : 32(39,5%)] (P=0,000).

TDM : [VVG+ : 7(36,8%) vs VVG- : 5(6,2%)] (P=0,001).

3.4. La prise en charge thérapeutique :

En terme de traitement, le volet médical occupait le premier rang avec un pourcentage de 82% (82), suivi du traitement orthopédique de 16% (16), et en dernier la chirurgie qui a été d'alternative en 10% (10) des situations seulement. Ces résultats peuvent être expliqués par la nature des agents et des armes utilisés ainsi par le type de lésion engendré. En comparant nos résultats extraits de l'enquête de **Kamissoko on** remarque la majoration du traitement médical avec un taux de 42,19%, la chirurgie en second temps à 26,40%, lors qu'au traitement orthopédique a été prévu dans 9,20 % des cas uniquement. On peut attacher l'emplacement de la chirurgie en deuxième rang à la présence des objets tranchants comme arme en second position avec un

taux de 26,1% (86). L'étude de **Doumbia** concorde dans ces résultats avec **Kamissoko** ou le traitement médical était en premier avec un taux de 59,4% (206), suivi du traitement chirurgical à 21% (73), puis l'orthopédique avec 10,4% (36).

-On a trouvé une corrélation significative entre l'indication du traitement chirurgical et la gravité du traumatisme. [VVG+ : 9(47,4%) vs VVG- :1(1,2%)] (P=0,000).

-Lors qu'au traitement orthopédique et médical, on n'a pas trouvé de corrélation significative avec la gravité du traumatisme par coups et blessures volontaires.

3.5. Complications et séquelles :

Nos résultats concernant les complications survenues et les séquelles, 5%(5) se sont compliqués et les 94% n'ont présenté aucune complication avec 1% (1) d'évolution méconnue, qui ne s'accorde pas avec les résultats de **SOUMAILA DOUMBIA** qui ont rapporté un taux de complication à 17,9%(62).lors que l'étude de **KAMISSOKO** a révélé un taux de complication à 33%(109) ,on accorde cette variabilité au conditions socio-économiques qui sont décrites en littérature comme facteur indirect impliqué dans la violence .qui peut hausser l'intensité de cette dernière et par la suite la survenue de complication et séquelles sera plus attendue.ki

3.6. Evaluation médico-légale :

la valeur significative de l'ITT dans notre étude été de 15 jours , ceux ≤ 15 jours considéré comme traumatisme non grave , >15 jours

Dans notre échantillon d'étude, la majorité de la population a eu un ITT ≤ 15 jours, estimée à 81% (81), et le reste 19% (19) ont bénéficié d'un ITT > 15 jours , ce qui reflète la non gravité du traumatisme causé par violence volontaire . En comparant nos résultats à ceux de **Kamissoko** , leur seuil d'ITT était fixé à 08 jours ,dont 1,70% était inférieur ou égal à 08 jours , 80,80% supérieur strictement à 08 jours .

Il est clair que le degré de la violence est plus intense que chez nous , ce qui peut être expliqué par la fluctuation des niveaux socio-économiques , les conflits armés suite à l'instabilité politique au Mali .

3.7 le soutien psychologique et la répercussion psychique :

le soutien psychologique était proposé dans 38% des cas , dont seulement 16% ont accordé cette thérapie , d'où la répercussion la plus révélée était la dépression avec un pourcentage de 37,5% .

Lors de la confirmation de lien significatif avec la gravité du traumatisme n'a pas pu être effectuée à cause du nombre minimal des accordés à cette thérapie.

11.Recommandations :

- Dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des traumatismes causés par coups et blessures volontaires, plusieurs perspectives peuvent être envisagées.
- Au niveau des autorités sanitaires, il est essentiel de mettre en place un dispositif médico-chirurgical dédié à l'urgence pour assurer une prise en charge rapide et efficace des victimes. Cela implique également de former et de recycler les médecins et auxiliaires en médecine légale, afin de renforcer leurs compétences dans l'évaluation et la documentation des lésions causées par les violences volontaires. La création d'un institut de médecine légale et d'unités spécialisées dans les hôpitaux peut contribuer à améliorer la qualité des expertises médicales et faciliter la collaboration entre les professionnels de la santé et les autorités judiciaires. Enfin, il est primordial d'assurer une prise en charge globale des victimes, en mettant l'accent sur leur soutien psychologique pour favoriser leur rétablissement.
- Au niveau des pouvoirs publics, il est nécessaire de recueillir des informations approfondies sur les phénomènes de violence afin de mieux comprendre leurs causes et leurs mécanismes. Cela permettra de développer une politique préventive basée sur des données probantes et adaptée aux besoins spécifiques de chaque région. La sensibilisation de la population aux conséquences socio-économiques et juridiques de la violence est également cruciale pour promouvoir une culture de non-violence et encourager la dénonciation des actes de violence. La lutte contre la détention illégale d'armes à feu, notamment en renforçant les contrôles aux frontières, ainsi que la lutte contre la pauvreté et le chômage des jeunes, peuvent contribuer à réduire les facteurs de risque associés à la violence. Par ailleurs, la collaboration avec les autorités judiciaires est indispensable pour garantir l'application rigoureuse des lois relatives aux coups et blessures volontaires, ainsi que pour réprimer toute forme de violence physique.

- Enfin, les personnels soignants ont un rôle crucial à jouer dans la prévention et la prise en charge des traumatismes causés par coups et blessures volontaires. Ils doivent veiller à établir des dossiers médicaux complets et précis, qui serviront de preuves lors des enquêtes et des procédures judiciaires. Une coordination étroite avec les autorités judiciaires est donc essentielle pour assurer une collaboration efficace et garantir que les victimes reçoivent la justice qu'elles méritent.
- En adoptant ces différentes perspectives, il est possible de développer des stratégies globales et intégrées pour prévenir les traumatismes causés par coups et blessures volontaires, améliorer la prise en charge des victimes et favoriser la sécurité et le bien-être de la société dans son ensemble.

11. Conclusion :

-Malheureusement, les coups et les blessures deviennent de plus en plus fréquents dans notre région. Toutes les tranches d'âge peuvent être concernées. Les armes utilisées sont diverses et varient constamment.

-Les blessures causées par ces armes ont parfois des conséquences très graves pour la victime. Il en va de même pour les conséquences juridiques pour l'agresseur. Par conséquent, la lutte contre la violence est importante et d'où la nécessité de la prévention.

-Diverses mesures préventives peuvent être proposées, dont une meilleure éducation des citoyens aux conséquences, la mise en place de cellules d'écoute en ligne et des propositions pour réduire le stress familial, social et professionnel.

Annexes

Annexe n°01

Fiche D'enquête

N° du dossier :**Article I : Identification :**

Nom : / Prénom : / Age : / Sexe : / Nationalité :
.....

Adresse : / N° de téléphone :

Statut Matrimonial : 1. Célibataire 2. Marié(e) 3. Divorcé (e) 4. Veuf/Veuve

Profession

Article II : A propos de l'agression :

Date du CBV : / /

Horaire du CBV : :

Nombre d'agresseurs :

Sexe du ou des agresseurs : 1. Homme 2. Femme 3. Les deux 4. Ne sait
pas

Le lien avec l'agresseur : 1. Voisin 2. Client 3. Cercle familial

4. Simple connaissance 5. Conjoint (e) 6. Un inconnu

7. Cercle scolaire

8. Autres à préciser :

Lieu de survenue des CBV :

1. Voie publique 2. Travail 3. Domicile

Autres :

Article III : Les instruments utilisés :

1. Objet tranchant 2. Objet contondant 3. Physique 4. Indéterminé

Autres

Article IV : Circonstances :

1. Conflit familial 2. Conflit scolaire 3. Conflit conjugal 4. Conflit lié au foncier

5. Rixe dans la rue 6. Rixe au Tra- vail 7. Rixe au Sport
 8. Rixe liée aux créances
 9. Vol à mains armées 10. Autres à préciser :

Article V : Après les CBV :

Consultation : Oui Non

Si Oui : 1. Consultation Libéral :

2. Consultation publique : EPH EPSP

Hospitalisation à la suite des CBV : Oui Non

Si oui Combien de jours :

Article VI : Siège des blessures :

1. Extrémité cervico-céphalique : Face Tête Cou

2. Thorax 3. Abdomen 4. Région dorsale

5. Membres : Supérieurs Inférieurs

6. Organes génitaux externes (OGE) : 7. Autres :

Article VII : Type de lésion :

Lésions Cutanées: 1. Egratignure

2. Ecorchure 3. Ecchymose 4. Hématome 5. plaie

Autres

Lésions Ostéo-articulaires :

1. Fracture fermée 2. Fracture ouverte 3. Luxation

4. Entorse

5. Autres :

Lésions viscérales :

1. Organe plein : 2. Organe creux :

.....

.....

Article VIII : Etat clinique du patient : Score de GLASGOW :/.....

Etat hémodynamique : Stable : Instable :

Signes généraux:

Température :

Préssion artérielle :

Fréquence cardiaque :

Article IX :Examens complementaires :

1. Biologie: NFS Groupage Rhésus VS CRP

Glycémie Autres:.....

2. Rx Standard :.....

3. Echographie :.....

3. TDM :.....

4. Autres :.....

Article X :Traitement :

1-Médical:

2-Orthopédique :

3- Chirurgical :

4- Traditionnel :

5- Autres :

Article XI :Evolution :

1. Guérison sans séquelle Délai en jours :.....

2. Guérison avec séquelle Délai en jours :.....

Article XII :Complications :

1. Neurologique : Hémiplégie Hémi-parésie Paraplégie Paraparésie

Impotence : fonctionnelle Troubles sexuels

Autres :

2. Ostéo- Artculaire: Arthrite polyarthrite Boittérie Raideur

Ankylose Ostéite Ostéonecrose Amputation

Autres:.....

3. Vasculaire : Thrombose veineuse Embolie Autres :.....

4. Décès

5. Autres:

Sequelles : Type de sequelle :.....

Article XIII : *Repercussions psychiques* :

Ces CBV ont eu sur vous les répercussions suivantes :

1. Répli sur soi 2. Dévalorisation 3. Sentiment d'abandon 4. Anxiété

5. Agressivité 6. Troubles de l'appétit 7. Troubles du sommeil

8. Reviviscence/ flash-backs de l'agression 9. Sentiment de culpabilité 10. Stress

11. Dépression

10. Autres :.....

Soutien psychologique proposé à la suite des CBV : Oui Non

Si oui : fait non fait

Article XIV : *Evaluation médico-légale* :

1. Incapacité totale de travail (ITT) jours :.....

2. Incapacité permanente partielle (IPP) : oui non

Annexe n°02

**CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF
DE COUPS ET BLESSURES**

Je soussigné(e), Docteur (nom, prénom, Qualité), certifie avoir examiné ce jour le (la date) le patient (Nom et prénom relevés de la pièce d'identité), âgé de..., qui déclare avoir été victime de coups et blessures (volontaire ou involontaire selon le cas) en date du (Jour/mois/année) à (l'heure), dans un lieu public (dans son lieu de travail- à son domicile) par (Coups de poing, objet contondant, instrument tranchant.....)

Le patient se plaint de (signes fonctionnels : céphalées, vertiges, douleurs...) A l'examen on constate (l'examen retrouve) :

.....
.....
.....
.....
.....

La radiographie faite le (date) montre..... (Ou l'échographie abdomino-pelvienne pratiquée le..... montre...) (ou le scanner crânio-cérébral pratiqué lemontre...) Etc....

Ces blessures justifient une incapacité totale de travail de (ITT) de..... (Nombre de jours en lettre et en chiffre) sauf complications.

Il y a lieu de prévoir une incapacité partielle permanente (IPP), après consolidation.

Laghouat, le

Cachet et signature manuscrite.

Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la santé, Éd., *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2002.
- [2] « SafetyLit: Violence and aggression in adolescents and young adults. Review of the recent literature ». [https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds\[\]=citjournalarticle_185018_21](https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds[]=citjournalarticle_185018_21) (consulté le 14 juin 2023).
- [3] « Définition et classification des traumatismes - Educa Santé asbl », *Educa Santé*. <https://www.educasante.org/connaissances/epidemiologie/definition-et-classification-des-traumatismes/> (consulté le 29 mai 2023).
- [4] . <https://www.who.int/error-pages/404> (consulté le 5 juillet 2023).
- [5] « La Revue de Médecine Légale · OA.mg ». <https://oa.mg/journal/la-revue-de-m%C3%A9decine-l%C3%A9gale> (consulté le 1 juillet 2023).
- [6] « Rapport québécois sur la violence et la santé ».
- [7] M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi, *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
- [8] R. E. Morgan, « Criminal Victimization, 2018 », 2018.
- [9] P. D. D. Mahamane, D. M. Konate, et D. M. Magane, « Par : M. SOUMAILA DOUMBIA ».
- [10] « 13M271.pdf ». Consulté le: 13 juin 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/1693/13M271.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [11] « 279727.pdf ». Consulté le: 13 juin 2023. [En ligne]. Disponible sur: https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/279727.pdf
- [12] « dz027fr.pdf ». Consulté le: 13 juin 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://wipoalex-res.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/dz/dz027fr.pdf>
- [13] S. Bardaa, H. Dhouib, H. Ennouri, Z. Hammami, et S. Maatoug, « Maxillo-facial Trauma: Epidemiological Study and Legal Implications », *Int. J. Clin. Oral Maxillofac. Surg.*, vol. 6, n° 1, p. 1, 2020, doi: 10.11648/j.ijcoms.20200601.11.

[14] Patients victimes d'agression physique : Aspects épidémiologique, clinique et médico-légal à l'unité de médecine légale de l'Hôpital Donka. / Victims of Physical Aggression : Epidemiological, Clinical and Forensic Aspects at the Donka Hospital, Legal Medicine Unit

[15] Violences volontaires graves et conséquences médico-légales. Revue de l'activité du service de médecine légale de l'hôpital Habib Bourguiba de Sfax, Tunisie

[16] Aspects épidémiologiques et médico-légaux des coups et blessures volontaires par armes blanches dans le service de neurochirurgie du chu Gabriel Touré de Bamako.

Abstract

Introduction :

Les traumatismes occasionnés par CBV constituent un problème de santé publique et considéré comme un défi partagé par toutes les sociétés dont le rôle important des professionnelles de santé en fournissant le soutien psychologique nécessaire lors de la collecte des preuves.

Matériel et méthodologie :

Il s'agit d'une étude transversale prospective monocentrique réalisé sur une période 6 mois allant de septembre 2022 au mars 2023. Effectuée au niveau du service de médecine Légale à l'hôpital d'Ahmed Benadjaila.

Résultat :

Notre cible principale était de déterminer la présence d'un lien de causalité entre la gravité du traumatisme et le sexe principalement, ainsi que l'âge et la profession. On distingue que La majorité des patients de notre série étaient agressés par des hommes avec un pourcentage de 89% ainsi que L'âge moyen de notre échantillon est de 29,89 ans avec des extrêmes de 4 ans et de 73 ans dont la plupart n'ayant pas de profession (46% de la population) .L'analyse inférentielle dont on a réalisé pour atteindre ce but a démontré que le sexe est un facteur de risque incriminé dans la gravité des traumatismes occasionnés par coups et blessures volontaires, alors que la profession et l'âge n'étaient pas identifiés comme des facteurs de risque dans notre étude.

Conclusion :

Les violences volontaires posent un réel problème de santé car les conséquences ne sont surement pas négligeables pour la victime d'où l'importance de faire encore plus des investigations et des études plus approfondies pour employer les mesures de prévention de de sécurité nécessaire.

Introduction:

tra-

ma caused by BCV is a public health concern and recognized as a challenge shared by all societies, including the important role of health professionals in providing the necessary psychological support in evidence gathering.

Materials and Methodology:

This is a prospective, cross-sectional, single center study conducted over a 6-month period from September 2022 to march 2023. Conducted at the level of the Forensic Medicine Department of Ahmed Benadjaila Hospital.

Result:

Our main target was to determine the presence of a causal link between the severity of the trauma and mainly gender, as well as age and occupation. We distinguish that the majority of patients in our series were assaulted by men with a percentage of 89% as well as the average age of our sample is 29.89 years with extremes of 4 years and 73 years of which most are having no occupation (46% of the population). The inferential analysis carried out to achieve this goal has shown that gender is a risk factor incriminated in the severity of trauma caused by intentional blows and injuries, whereas occupation and age were not identified as risk factors in our study.

Conclusion:

Voluntary violence is a real health concern, as the consequences for the victim are certainly not insignificant. Therefore, it is important to conduct even more research and in-depth studies to take the necessary preventive and safety measures.

مقدمة:

تسبب الإصابات الناجمة عن الضرب والجروح العمدية (CBV) مشكلة كبيرة في الصحة العامة وتمثل تحديًا مشتركًا بين جميع المجتمعات. يلعب المهنيون في مجال الرعاية الصحية دورًا حاسمًا في تقديم الدعم النفسي اللازم أثناء جمع الأدلة. المواد والمنهجية: تمت هذه الدراسة العرضية المستقبلية على مدى 6 أشهر، من سبتمبر 2022 إلى فبراير 2023. تمت في قسم الطب الشرعي في مستشفى أحمد بن عبد الجليل.

النتائج:

كان هدفنا الرئيسي هو تحديد وجود رابط تسببي بين خطورة الإصابات والجنس، بالإضافة إلى العمر والمهنة. لاحظنا أن غالبية المرضى في سلسلة الحالات تعرضوا للاعتداء من قبل الرجال، بنسبة 89%. كان متوسط العمر في عينتنا 29.89 عامًا، مع تنوع في الأعمار يتراوح بين 4 و73 عامًا. وقد لوحظ أن غالبية المرضى ليس لديهم مهنة، وتشكلوا 46% من السكان المدروسين. أظهر التحليل الاستدلالي الذي أجريناه في إطار دراستنا أن الجنس هو عامل خطر مرتبط بشكل كبير بخطورة الإصابات الناجمة عن الضرب والجروح العمدية، بينما لم يتم تحديد العمر والمهنة كعوامل خطر ذات أهمية إحصائية.